



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Educación sanitaria individualizada versus grupal en la deshabituación tabáquica. Papel de enfermería.

Autor/es

JONE AGUAYO ARBERAS

Director/es

FRANCISCO IRUZUBIETA BARRAGAN y Belén Marín Palacios

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Educación sanitaria individualizada versus grupal en la deshabituación tabáquica. Papel de enfermería. , de JONE AGUAYO ARBERAS
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

EDUCACIÓN SANITARIA INDIVIDUALIZADA VERSUS GRUPAL EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. PAPEL DE ENFERMERÍA.

**INDIVIDUALIZED VERSUS GROUP HEALTH
EDUCATION IN SMOKING CESSATION.
NURSING ROLE.**

JONE AGUAYO ARBERAS

TUTOR: Francisco Javier Iruzubieta Barragán
Curso 2019-2020 | Logroño, mayo 2020
Convocatoria: Extraordinaria

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. OBJETIVOS.....	15
2. DESARROLLO	16
2.1. METODOLOGÍA	16
2.2. RESULTADOS	21
A. INTERVENCIÓN GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL	28
B. EDUCACIÓN SANITARIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	31
C. PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	34
D. GRUPO DE PERSONAS FUMADORAS CON OTRA PATOLOGÍA DE BASE	36
E. ACTIVIDADES UTILIZADAS EN EDUCACIÓN SANITARIA	38
F. GRUPOS SOCIALES Y NIVEL EDUCATIVO	41
G. GÉNERO	43
2.3. DISCUSIÓN.....	45
3. CONCLUSIONES	47
4. INDICE DE TABLAS.....	49
5. BIBLIOGRAFÍA.....	50

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es la principal causa de morbilidad evitable en el mundo por lo que se llevan a cabo a nivel mundial políticas preventivas y programas anti tabaco, que cuentan con el respaldo de la OMS y que tienen como objetivo disminuir las consecuencias del tabaquismo sobre la salud de la población y reducir la prevalencia del tabaco. Son muy importantes las acciones de prevención en diversas políticas públicas como la política fiscal, la regulación de la publicidad y de los envases del tabaco, la creación de espacios sin humo y mantener a la población informada sobre los efectos perjudiciales que tiene sobre la salud. La educación sanitaria es tarea del profesional sanitario, siendo el personal de enfermería una figura clave debido a que es quien valora la motivación de la persona fumadora, identifica su dependencia física, ofrece consejo sanitario e información para ayudar en el abandono del hábito tabáquico.

Objetivo: Comparar la efectividad de las actuaciones grupales frente a las actuaciones individuales en la deshabituación tabáquica.

DESARROLLO

Metodología: Revisión sistemática sobre la efectividad de las actuaciones grupales frente a las actuaciones individuales en la deshabituación tabáquica. Los artículos escogidos para este trabajo se han obtenido en las siguientes bases de datos: Dialnet, PubMed y Jstor. Y mediante la combinación de términos Mesh, entre otros los siguientes: tobacco, health education y smoking cessation, y algunos términos libres como individual, group, effectiveness, etc. Tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se han seleccionado los artículos que han sido sometidos a la herramienta CASPe. La síntesis narrativa ha sido el método utilizado para el análisis de los datos y conceptos extraídos de los artículos.

Resultados: Se han seleccionado 43 artículos, se han agrupado en 7 planteamientos relacionados con la educación sanitaria en el tabaquismo. Las principales ideas obtenidas se pueden agrupar en cinco secciones: A) Intervención grupal versus individual, B) Educación sanitaria en adolescentes y jóvenes, C) Participación del personal de enfermería, D) Grupo de personas fumadoras con otra patología de base, E) Actividades utilizadas en educación sanitaria, F) Grupos sociales y nivel educativo y G) Género.

Discusión: Al realizar este trabajo he observado que, aunque el estudio del tabaquismo está muy extendido y hay gran cantidad de artículos que lo tratan desde diferentes ámbitos, aún quedan aspectos que deberían ser analizados, como los siguientes: la

sensibilización del propio personal de enfermería mediante la formación, la casuística negativa en los programas sanitarios para adolescentes, la utilización del ejercicio físico, el modo de abandonar el hábito y la aplicación de la tecnología.

CONCLUSIONES: El apoyo grupal es una intervención efectiva para la deshabituación tabáquica. La enfermera es el personal sanitario adecuado para llevar a cabo la deshabituación tabáquica.

PALABRAS CLAVE: Tabaco, educación sanitaria grupal, educación sanitaria individual y enfermería.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Smoking is the main cause of preventable morbidity and mortality in the world, which is why preventive policies and anti-tobacco programs are carried out globally, with the support of the WHO and whose objective is to reduce the consequences of smoking on population health and reduce tobacco prevalence. Prevention actions are very important in various public policies such as fiscal policy, the regulation of advertising and tobacco packaging, the creation of smoke-free spaces and keeping the population informed about the detrimental effects it has on health. Health education is the task of health professionals, and nursing staff is a key figure due to the assessment of the motivation of the smoker, identifying their physical dependence, offering health advice and information to help in smoking cessation.

Objective: Compare the effectiveness of group performances versus individual performances in smoking cessation.

DEVELOPMENT

Methodology: Systematic review of the effectiveness of group actions versus individual actions in smoking cessation. The articles chosen for this work have been obtained from the following databases: Dialnet, PubMed and Jstor. And by combining Mesh terms, among others the following: tobacco, health education and smoking cessation, and some free terms such as individual, group, effectiveness, etc. After the application of inclusion and exclusion criteria, the articles that have been submitted to the CASPe tool have been selected. The narrative synthesis has followed the method used for the analysis of the data and concepts extracted from the articles.

Results: 43 articles were selected and grouped into 7 approaches related to health education in smoking. The main ideas obtained can be grouped into five sections: A) Group versus individual intervention, B) Health education in adolescents and youth, C) Participation of nursing staff, D) Group of smokers with other underlying pathology, E) Activities used in health education, F) Social groups and educational level, and G) Gender.

Discussion: In carrying out this work, I have observed that, although the study of smoking is very widespread and there are many articles that deal with it from different fields, there are still aspects that should be analysed, such as the following: the awareness of the nursing staff itself through training, negative casuistry health programmes for adolescents, the use of physical exercise, the way of giving up the habit and the application of technology.

CONCLUSIONS: Group support is an effective intervention for smoking cessation. In the case of adolescents, this intervention achieves very positive results and the intervention by peers also. The nurse is the appropriate health personnel to carry out smoking cessation.

KEY WORDS: Tobacco, group health education, individual health education and nursing.

1. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la principal causa de morbilidad evitable en el mundo (1). El tabaco mata a casi 6 millones de personas cada año, de las cuales más de 5 millones son fumadoras o han fumado (2). Se llevan a cabo en todo el mundo programas anti tabaco que tienen como objetivo disminuir las consecuencias del tabaquismo sobre la salud de la población y reducir la prevalencia del tabaco. (1)

El tabaquismo, considerado una epidemia global, comenzó a finales del siglo XIX. Este crecimiento siguió el modelo de difusión de las innovaciones, es decir, comenzaron a fumar los hombres de clases acomodadas; después, los hombres de un nivel socioeconómico menor; y a continuación, las mujeres, siguiendo el mismo patrón socioeconómico. (3)

Tras conocer el impacto del tabaco en la salud, el consumo empezó a disminuir. Pero, tras más de un siglo del inicio de la epidemia la situación en el mundo es muy desigual; en algunos países desarrollados el consumo ha disminuido hasta prevalencias globales próximas al 10-12%, mientras que en otros es muy superior. En algunos países de renta alta el descenso de la prevalencia es muy lento, y sin embargo en países como China, Chile o Albania la prevalencia está aumentando. (3)

La evolución del tabaquismo es diferente en cada sociedad, pero existen una serie de patrones con los que se propone un modelo conceptual útil (3). Dicho modelo, propuesto por Alan López et cols., tiene cuatro fases que están determinadas por tres factores: la prevalencia de las personas adultas que fuman a diario, la cantidad de cigarros fumados por un adulto en un tiempo estimado, y la mortalidad debido al consumo de tabaco. (2)

	DURACION	PREVALENCIA DE CONSUMO	CONSUMO ANUAL (cigarrillos)	MORTALIDAD ATRIBUIBLE
FASE I	1-2 décadas	<15% en <u>hombres</u> No supera 10% en <u>mujeres</u>	<500	No son evidentes
FASE II	2-3 décadas	50-80% en <u>hombres</u> Inicio en <u>mujeres</u>	1.000-3.000 (2.000-4.000 en hombres)	10% de los hombres

FASE III	3 décadas	40% en <u>hombres</u> 35-45% en <u>mujeres</u>	3.000-4.000 hombres en 1.000-2.000 mujeres en	25-30% en hombres 5% en mujeres
FASE IV		35% en <u>hombres</u> 30% en <u>mujeres</u>		30-35% en <u>hombres</u> 20-25% en <u>mujeres</u>

Tabla 1. Modelo de Alan López et cols. Elaboración propia.

En cuanto a España, hoy día se encuentra al inicio de la fase IV del modelo de difusión, caracterizado por una disminución en la prevalencia del consumo de tabaco entre los varones; y un mantenimiento entre las mujeres. La morbilidad debida al hábito de fumar disminuye entre los hombres y aumenta entre las mujeres. (2)

En cuanto a la prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de enfermería de España, en un estudio realizado en 2019, de 4.381 alumnos de enfermería de Cataluña el 29,7% eran fumadores y el 11,8% de los alumnos consumía cannabis. Por lo que el consumo de tabaco y cannabis es elevado entre los estudiantes de enfermería y por ello es necesario llevar a cabo programas para dejar de fumar tabaco y cannabis entre los estudiantes de enfermería. (4)

A pesar de que la prevalencia en España haya disminuido, el tabaquismo continúa produciendo un elevado coste sanitario y social. Además, también produce grandes costes económicos en recursos que se podrían utilizar para otras finalidades. El rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo en salud es muy elevado, por lo que controlar eficazmente el consumo de tabaco y reducir su morbilidad son prioridades sanitarias de primer orden. (3)

Los cigarrillos y otras formas de tabaco producen dependencia y el causante es el componente químico, la nicotina. Pero muchas de las consecuencias del hábito del tabaco son a causa de los más de 2.500 productos químicos restantes presentes en él y de los más de 4.000 productos que contiene el humo del tabaco. (1)

La consecuencia más importante es que el tabaquismo es un factor de riesgo para seis de las ocho causas principales de muerte en el mundo:

- Cardiopatía isquémica, al tabaco se le atribuyen el 21% de todas las muertes
- Enfermedades cerebrovasculares (ECV)
- Infecciones del tracto respiratorio inferior
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 82% de todas las muertes
- Tuberculosis
- Cáncer, causando el 33% de la mortalidad, destacando el de pulmón

También cabe destacar el efecto que tiene el tabaco en la fertilidad y en el embarazo, produciendo alteraciones en su resultado, el embarazo ectópico, el aborto espontáneo, la mortalidad fetal, neonatal y perinatal, afecta al peso del recién nacido, la duración de la gestación y produce complicaciones del embarazo. (1)

Asimismo, durante este siglo en los países desarrollados se han observado enfermedades causadas de forma directa o parcial por el uso del tabaco (1). Esto se debe al humo ambiental del tabaco (HAT), consistente en una mezcla de miles de partículas y gases emitidos por el humo que exhalan los fumadores y el humo que emite el extremo del cigarrillo. Este humo contiene alrededor de 4.500 componentes de los cuales más de 50 se han reconocido como carcinógenos humanos por la IARC (Centro de Investigación sobre el Cáncer). Por lo que no hay duda que el “tabaquismo pasivo” o la inhalación del humo del cigarrillo por parte de personas no fumadoras también es causa de enfermedad (2).

Debido a los riesgos asociados al tabaquismo activo y pasivo y al elevado número de muertes que se le atribuye, la OMS mediante la CMCT (Convenio de Marco para el Control del tabaco) proporciona políticas preventivas para controlar el tabaquismo. Este convenio entró en vigor en 2005 convirtiéndose en uno de los tratados más aceptados de las Naciones Unidas. Este tratado toma como base el derecho que tienen las personas a llegar al nivel más alto de salud, provee medidas jurídicas a la cooperación sanitaria internacional y establece parámetros para vigilar el cumplimiento de este convenio (2).

En 2008, la OMS estableció seis medidas “MPOWER” para prever y reducir la epidemia del consumo del tabaco que se basan en una o más de las medidas de reducción incluidas en el CMCT:

- Monitorizar el consumo de tabaco y las políticas de prevención (Monitor)
- Proteger a la población del humo ambiental del tabaco (Protect)
- Ofrecer ayuda para dejar el tabaco (Offer)
- Advertir de los peligros del tabaco (Warn)
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Enforce)

- Aumentar los impuestos al tabaco (Raise) (2)

Son muchos los países que mediante esta estrategia han instaurado una o más medidas para controlar esta epidemia. (2) El último informe de la OMS sobre la epidemia global del tabaco publicado en 2019 señala que cualquier país puede realizar un programa eficaz para controlar el tabaco y disminuir el consumo. Este informe indica que 5.000 millones de personas están protegidas al menos por una de las medidas “MPOWER”. (5)

La medida que en mayor grado se ha implantado en cuanto a población como al número de países hace referencia a la presencia de advertencias gráficas muy visibles en los paquetes de tabaco, referencias que cumplen todas las características recomendadas por la OMS. Más de la mitad de la población mundial (3.900 millones de personas que viven en 91 países), se beneficia de esta medida. (5)

Desde que en 2017 la OMS publicara su último informe catorce países (Arabia Saudita, Barbados, Camerún, Chipre, Croacia, Eslovenia, España, Georgia, Guyana, Honduras, Luxemburgo, Pakistán, Santa Lucía y Timor-Leste) han adoptado advertencias gráficas de gran tamaño en los paquetes. (5)

El Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha dicho que los gobiernos deberían establecer servicios de apoyo al abandono del tabaco como parte de los esfuerzos por conseguir la cobertura sanitaria universal para todos sus ciudadanos. (5)

Tras implementar medidas para crear espacios libres de humo en ambientes interiores algunos estudios sugirieron que los fumadores se habían relocalizado en zonas exteriores como en las entradas de los edificios. Por ello, en 2007 una revisión del CMCT recomendó la extensión de políticas de espacios libres de humo a señalados espacios exteriores para así proteger mejor a la población de la exposición al HAT. Esto así, en los últimos años diversos países han extendido su política de espacios libres de humo a espacios exteriores, incluyendo centros sanitarios, plazas, instalaciones deportivas y campus universitarios entre ellos. (2)

En España, el movimiento de prevención y control del tabaquismo fue lento y progresivo. En 1996 se creó el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) que interactuó con el Ministerio de Salud e influyó en la adopción de normativas, como la aprobación del Plan Nacional de Prevención del Tabaquismo de 2004. (2)

El 1 de enero de 2006 entró en vigor en España la Ley 28/2005 de medidas sanitarias contra el tabaquismo. España ha sido el séptimo país en instaurar regulaciones para prevenir y controlar el tabaco. Esta nueva ley sustituyó a la normativa vigente, una de las más permisivas de la Unión Europea en cuanto a la venta de tabaco, consumo y la publicidad de los productos y la restricción de lugares de consumo. La nueva ley, con el objetivo de proteger a personas no fumadoras del HAT y de los efectos nocivos para la salud, prohibió fumar en todos los lugares públicos y en centros de trabajo, excepto los que se encuentran en el aire libre. Pero presenta excepciones en la restauración y la hostelería permitiendo zonas de fumadores o locales de fumadores sin prohibición; sin tener en cuenta que un colectivo de trabajadores no se beneficiaba de esta ley. (2)

Aunque la Ley 28/2005 había tenido un impacto positivo en la población, se observó que en el ámbito de la hostelería y la restauración una gran parte de la población estaba desprotegida. Por todo ello y por las demandas de los ciudadanos entró en vigor en 2011 la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. (2)

Esta nueva ley modifica la Ley 28/2005 prohibiendo fumar en todos los espacios públicos cerrados inclusive los locales de restauración y hostelería sin excepciones. Además, a causa de esta ley por primera vez en España se prohíbe fumar en algunos lugares al aire libre, como parques y lugares de ocio infantil, colegios y recintos hospitalarios. Siendo la prioridad de esta norma proteger al colectivo de menores, retrasando el inicio del consumo y proteger a los fumadores pasivos, en especial al colectivo de trabajadores de la hostelería. Como excepción, esta norma permite fumar en las habitaciones de hotel que se habiliten, con un máximo del 30% del total disponible. (2)

Esta ley también permite fumar en espacios al aire libre en universidades y centros educativos dedicados exclusivamente a la formación de personas adultas. También permite habilitar zonas exteriores y salas cerradas en centros psiquiátricos de media y larga estancia, en prisiones y en residencias de mayores y personas con discapacidad. (2)

Respecto a los profesionales sanitarios, hasta hace poco apenas realizaban intervenciones preventivas y de ayuda para dejar de fumar; es más, tenían un consumo similar al de la población. Sin embargo, esta situación ha cambiado y en los últimos años se ha visto una disminución en el consumo del tabaco por parte de los profesionales sanitarios y un aumento de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar. (2)

Los profesionales sanitarios pueden tener un papel clave en el abandono del tabaquismo, tal como está incluido en la cartera de servicios de atención primaria; deben identificar a los pacientes que son fumadores y facilitarles consejos preventivos. Esta acción rutinaria tiene efectos modestos pero visibles. (2)

Estos profesionales sanitarios realizan este servicio mediante la educación sanitaria, educación que tiene sus cimientos en la promoción y prevención de la salud, tareas realizadas por la enfermera como una parte de su trabajo para conseguir mejorar los niveles de salud de toda la población sana y enferma. No solo consiste en enseñar conductas, sino también en cambiarlas para crear comportamientos saludables. (6)

Los objetivos de la educación para la salud (EpS) son favorecer conductas positivas para conseguir una vida saludable, cambios medioambientales para ayudar a mejorar el entorno en el que vivimos y hacer partícipes a los individuos de su proceso de salud. (6)

El personal de enfermera es miembro del equipo multidisciplinar, es parte de la realización, seguimiento y evaluación de cada programa de salud. Estos programas compuestos por unas determinadas actividades integradas de promoción, prevención y recuperación destinadas a determinados grupos de la población y al medio, que hacen posible conseguir los objetivos y metas de salud en un tiempo determinado. (6)

La enfermera, es el profesional que tiene como objetivo global fomentar la salud y esto lo consigue produciendo cambios mediante la educación. Como se ha comentado anteriormente la educación sanitaria no es exclusiva de la enfermera, pero ésta suele ser el nexo de unión entre las personas que atiende y el equipo multidisciplinar en el que trabaja. (6)

Para la realización de la educación sanitaria existen metodologías educativas diferentes, según el comité de expertos en EpS, de la OMS, que en 1954, dividió los métodos en dos grandes grupos: los métodos bidireccionales, donde existe interacción entre el emisor y el receptor y utilizan como medios la entrevista terapéutica personalizada y la discusión grupal; y los métodos unidireccionales, en los que no existe intercambio activo entre el emisor y el receptor, es posible mantener un dialogo de información y dudas, y la comunicación en masa es el medio utilizado. (6)

Otro método muy útil es el grupo, donde hay más de una interacción, hay más información y se comparten e intercambian experiencias. Las actividades que realiza la enfermera en un grupo son las siguientes:

- Crea un programa de educación para un grupo de personas con el mismo estado de salud/enfermedad
- Instruye al grupo
- Anima a los miembros a compartir cosas que tengan en común
- Ayuda a establecer normas terapéuticas
- Evalúa el progreso de los miembros y registra todo. (6)

Aplicando la educación para la salud que tiene la enfermera en los programas de salud encontramos que la intervención que realiza la enfermera frente al tabaquismo la convierte en el profesional de referencia para ayudar a las personas que quieren dejar de fumar. (6)

A continuación, se explica una metodología educativa para esta intervención. La enfermera comienza valorando la motivación que tiene la persona para abandonar el tabaco mediante el cuestionario de Richmond. Seguido, la enfermera identifica la dependencia física al tabaco mediante el test de Fageström. Como tercer paso ofrece al paciente un consejo sanitario. En cada consulta la enfermera debe dar una enseñanza clave, breve, personalizada y motivadora sobre el abandono del tabaco. Y, por último, se fijará la fecha de abandono del hábito tabáquico. Como toda actividad realizada se registrará en la historia clínica del paciente. (6)

Las fases detalladas anteriormente hacen referencia a una primera intervención básica y necesaria, pero existe una fase más avanzada que consiste en brindar al usuario más información sobre la dependencia al tabaco y aportar técnicas de apoyo para mantener el periodo de abstinencia y superar el “mono psicológico”. (6)

También existe otro modelo de intervención especializado donde se utiliza la medicación, y en el que la enfermera también tiene un papel fundamental. (6)

Hoy en día la opinión generalizada es actuar tanto sobre la dependencia física a la nicotina y como sobre la dependencia psicológica, dando a ambas el mismo valor. Esto así, son necesarias medidas de intervenciones farmacológicas y conductuales que consideran al fumador un enfermo y le ayuden a superar su adicción. (1)

Los diversos métodos para tratar el tabaquismo varían según la intensidad de la intervención, el ámbito de aplicación y los tratamientos propuestos, entre los cuales el tratamiento con sustitutos de nicotina ha demostrado ayudar eficazmente para dejar de fumar. (1)

Pero no basta solamente con los tratamientos, sino que también son muy importantes las acciones clave de prevención en diversas políticas públicas como son la política fiscal, la prohibición de publicidad y otras formas de promoción. También es importante la regulación de los envases del tabaco, la creación de espacios sin humo y mantener a la población informada sobre los efectos perjudiciales que tiene sobre la salud. (2)

Según el artículo de Cobacho, López u Ramos se estima que el coste de mortalidad asociado al tabaquismo es de 78 euros por paquete de cigarrillos en el caso de los hombres, y 54 euros para las mujeres, por lo que el coste por mortalidad prematura por paquete de cigarrillos sobrepasa con creces su precio de venta al público. Estos autores utilizan el Valor Estadístico de la Vida (VEV), Valor Estadístico de la Vida, de la población fumadora, así como el coste de mortalidad asociado al consumo del tabaco. (7)

Existe el fumador con una adicción racional que conoce estos costes y los asume, pero también existen fumadores que no los conocen y quienes aun conociéndolos tienen problemas de autocontrol. Saben que abandonar el hábito de fumar maximizaría su bienestar, sin embargo, no son capaces de abandonar el hábito. En estas circunstancias, la grabación de impuestos al tabaco y las restricciones a su consumo son mecanismos de gran ayuda. (7)

Existe una amplia bibliografía que recoge que aumentar los impuestos sobre el tabaco disminuye significativamente su consumo, y a su vez, proporciona ingresos importantes para el Estado. Estos ingresos se realizan mediante los impuestos especiales de determinados productos perjudiciales para la salud, entre ellos el tabaco, llamados “impuestos sobre el pecado”. (8)

El impuesto del tabaco ha constituido en la historia, y es hoy en día una fuente de ingresos muy importante para el Estado. Sin embargo, desde el punto de vista de la Salud Pública, el Ministerio de Sanidad tiene otra serie de causas para tasar su consumo. (8)

El impuesto del tabaco tiene una doble estructura: un elemento específico, ingresado por unidad de producto, que evita la diferencia entre marcas y se adecúa de mejor manera a los objetivos sanitarios porque grava los productos independientemente de su precio; y un elemento proporcional, “ad valorem”, calculado sobre el precio máximo de venta al por menor, que al estar fijado como un porcentaje del precio final de venta al público, permite el abanico de precios donde se pueden encontrar marcas baratas y

caras. Paradójicamente, en España algunas de estas marcas baratas son propiedad del Estado o de compañías públicas. (8)

En relación a los objetivos sanitarios la efectividad de este impuesto cuando se basa en el elemento “ad valorem” es menor porque la nocividad del tabaco más barato es igual que la del tabaco más caro. (8)

1.1. OBJETIVOS

El objetivo general del presente Trabajo Fin de Grado (TFG), es comparar la efectividad de las actuaciones grupales frente a las actuaciones individuales en la deshabituación tabáquica.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Determinar cuáles son las acciones más efectivas en la deshabituación tabáquica.
- Establecer cuál es la mejor intervención de educación sanitaria para dejar de fumar entre los adolescentes.
- Conocer la efectividad del papel de la enfermería en la educación sanitaria para la deshabituación tabáquica.
- Relacionar personas fumadoras con patologías de base una mayor determinación para dejarlo.
- Resumir las diferentes actividades realizadas en la educación sanitaria y su efectividad.
- Comparar las diferencias sociales y demográficas de los fumadores.
- Averiguar si existen diferencias en dejar de fumar según el género de la persona.

2. DESARROLLO

2.1. METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión sistemática (RS) con el propósito de obtener conocimiento actual sobre la efectividad de las actuaciones grupales e individuales en la deshabituación tabáquica; con el fin de integrar de forma objetiva y sistemática los resultados obtenidos de los mismos.

Estrategia de búsqueda:

Para realizar la búsqueda de artículos se han utilizado estos **términos Mesh**:

[Tobacco]	[Tobacco use cessation]	[Exercise]
[Health education]	[Efficiency]	[Social class]
[Comparative study]	[Nursing]	[Group therapy]
[Smoking cessation]	[Adolescent]	[Public health nurse]
[Primary health care]	[Peer group]	

Y los siguientes **términos libres**:

Effectiveness	Gender	Individual
Demographic class	Intervention with peers	Group

Las bases de datos seleccionadas, los términos de búsqueda seleccionados y los límites utilizados de búsqueda (artículos en español e inglés y publicados después de 2010) junto con los términos de búsqueda seleccionados se muestran en las siguientes tablas.

DIALNET

Términos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Educación sanitaria	12 documentos	1 documento
Enfermera		

Tabaco		
Tabaco	90 documentos	2 documentos
Educación para la salud		
Efectividad		
Tabaquismo	14 documentos	1 documento
Educación para la salud		
Grupo de iguales		
Primary health care	16 documentos	1 documento
Smoking cessation		
Efficiency		
Diferencias de género	35 documentos	1 documento
Dejar de fumar		

Tabla 2. Estrategia de búsqueda.

PUBMED

Términos	Booleano	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
[Tobacco]	AND	52 documentos	1 documento
[Health education]			
Effectiveness			
[Comparative study]			
[Smoking cessation]	AND	16 documentos	1 documento
[Primary health care]			
[Efficiency]			
[Tobacco use cessation]	AND	583 documentos	3 documentos
[Health education]			

Effectiveness			
[Smoking cessation] [Health education] [Comparative study]	AND	366 documentos	2 documentos
[Tobacco] [Health education] Effectiveness	AND	933 documentos	2 documentos
[Smoking cessation] [Health education] Effectiveness	AND	458 documentos	1 documento
[Tobacco] [Health education] [Nursing] Effectiveness	AND	68 documentos	4 documentos
[Tobacco] [Health education] [Peer group]	AND	175 documentos	2 documentos
[Tobacco use cessation] [Health education] [Exercise]	AND	107documentos	1 documento
[Tobacco] [Health education] [Social class]	AND	249 documentos	1 documento
[Health education] Effectiveness [Tobacco use cessation]	AND	584 documentos	3 documentos

[Social class] Demographic class [Tobacco]	AND	333 documentos	1 documento
Gender [Comparative study] [Tobacco] [Health education]	AND	115 documentos	1 documento
Gender [Smoking cessation] [Tobacco use cessation] [Health education]	AND OR AND	4398 documentos	1 documento
[Peer group] Intervention with peers [Adolescent] [Smoking cessation]	OR AND AND	122 documentos	6 documentos
Group Individual [Smoking cessation]	AND AND	4191 documentos	2 documentos
[Group therapy] [Smoking cessation] [Comparative study]	AND AND	115 documentos	2 documentos
[Public health nurse] [Tobacco use cessation]	AND	116 documentos	2 documentos

Tabla 3. Estrategia de búsqueda.

JSTOR

Términos	Booleano	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Tobacco use cessation	AND	688 documentos	1 documento
Health education			
Effectiveness			

Tabla 4. Estrategia de búsqueda.

Para seleccionar los artículos, se han seguido unos criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos pertenecientes a estudios analíticos y descriptivos, revisiones sistemáticas, protocolos, evaluaciones y programas de divulgación.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no traten el tema del tabaquismo.

En la estrategia de búsqueda entre todos los artículos encontrados se han seleccionado aquellos que hacían referencia a los objetivos que se plantea responder en el presente trabajo. Para ello se ha realizado la lectura del resumen y si había indicios de que pudiera ser válido para el trabajo se recababa más información. Es por ello, que no todos los artículos encontrados en las bases de datos han sido utilizados.

Análisis de calidad y revisión por iguales. Teniendo en cuenta las características de un TFG existen unas limitaciones temporales y de diseño que impiden realizar una RS completa. Uno de los apartados que encuentra una clara limitación es el de la valoración de la calidad de la información que contienen los artículos seleccionados.

A pesar de la limitación, he podido acceder a la herramienta CASPe, lo que ha permitido conocer la herramienta en cuanto a cómo funcionalidad y la importancia de que la información sobre la que se van a sustentar los resultados sea de calidad.

Método de análisis:

Se ha realizado una síntesis narrativa de los resultados y conclusiones de los estudios seleccionados para de este modo poder intentar establecer algún tipo de evidencia relacionada con los objetivos planteados en este estudio.

2.2. RESULTADOS

El número de estudios sobre los que he basado este trabajo han sido 43 artículos que incluyen artículos descriptivos, analíticos y revisiones sistemáticas y otros documentos como protocolos y programas de divulgación.

AUTORES	TÍTULO	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	N.º DE SUJETOS/ ARTICULOS
Valdivieso López E.	Eficacia de un programa de prevención del consumo de tabaco entre escolares de enseñanza secundaria obligatoria	2014	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados	2.663 alumnos de 1ºESO matriculados. 2.245 en el estudio
Leiva Rus A.	Evaluación del efecto de una intervención compleja para prevenir el consumo de tabaco en adolescentes	2015	Ensayo clínico ITACA. Ensayo comunitario prospectivo, multicéntrico, aleatorizado por conglomerados, apareado y controlado	1.056 alumnos de 16 centros de 1ºESO
Chipia Lobo JF.	Diseño, validación y evaluación de un programa educativo sobre bebidas alcohólicas, tabaco y marihuana	2017	Estudio cuasiexperimental de corte transversal	De los 156 alumnos de 2º de Educación Media, muestra de 47 alumnos
Jódar-Sánchez F, et cols.	Using the Social-Local-Mobile App for Smoking Cessation in the SmokeFreeBrain Project: Protocol for a Randomized Controlled Trial.	2018	Protocolo de estudio de un ensayo aleatorio de grupos paralelos abiertos	548 identificados, 240 participantes inscritos
Aung MN, et cols.	Effectiveness of a new multi-component smoking cessation service package for patients with hypertension and diabetes in northern Thailand: a randomized controlled trial (ESCAPE study)	2019	Ensayo controlado aleatorio	319 personas, edad media 64 años
Rice VH, et cols.	Nursing interventions for smoking cessation (Review)	2017	Revisión Cochrane	44 estudios (20.000 participantes)

Duffy SA, et cols.	Implementation of the Tobacco Tactics intervention versus usual care in Trinity Health community hospitals	2016	Estudio de diseño cuasiexperimental	1.528 pacientes 1.028 enfermeras 317 funcionarios adicionales
MacArthur Gj, et cols.	Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis	2016	Revisión sistemática	10 estudios (13.706 jóvenes)
Rao A, et cols.	Effectiveness of a School-Based "Tobacco Free" Intervention on Adolescents' Knowledge and Exposure to Second Hand Tobacco Smoke- A Multiphase Study	2019	Estudio multifásico: fase 1 cuestionario descriptivo transversal- fase 2 ensayo controlado aleatorio (ECA)	Fase 1 muestra de 1.400 participantes, de esos en la fase 2 250 participantes de 12 años
Mohammadi M, et cols.	Effectiveness of a Peer-Led Behavioral Intervention Program on Tobacco Use-Related Knowledge, Attitude, Normative Beliefs, and Intention to Smoke among Adolescents at Iranian Public High Schools.	2019	Estudio de intervención aleatorio por grupos	1.883 alumnos de 1º, 2º y 3º de ESO (14-17 años)
Tong EK, et cols.	Impact of a Smoke-Free-Living Educational Intervention for Smokers and Household Nonsmokers: a Randomized Trial of Chinese American Pairs	2018	Ensayo controlado aleatorio	203 parejas
Abrantes AM, et cols.	Acute Effects of Aerobic Exercise on Affect and Smoking Craving in the Weeks Before and After a Cessation Attempt	2018	Estudio descriptivo	57 mujeres

Mardle T, et cols.	Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England	2012	Evaluación retrospectiva	400 clientes además de entrevistas con el personal clave
Nagrath D, et cols.	Socio-demographic and socioeconomic differences in tobacco use prevalence among Indian youth	2019	Análisis secundario de datos de un estudio transversal	1.386 adolescentes de tres posiciones socioeconómicas diferentes
de Arriba Palomero P, et cols.	Effectiveness of oral counselling for smoke cessation in Graves orbitopathy patients	2019	Estudio de cohorte retrospectiva	33 pacientes con orbitopatía de Graves
Suárez-Varela Úbeda JF, et cols.	Effectiveness of individual and group multicomponent interventions for smoking cessation in primary care: a quasi-experimental study	2019	Estudio cuasiexperimental, multicéntrico	220 fumadores
Chai W, et cols.	Evaluation of the effectiveness of the WHO-5A model based comprehensive tobacco control program among migrant workers in Guangdong, China: a pilot study	2018	Estudio analítico	315 trabajadores
Notley C, et cols.	Incentives for smoking cessation (Review)	2019	Revisión bibliográfica	33 estudios (+21.600 participantes)
Ho KY, et cols.	Comparison of two approaches in achieving smoking abstinence among patients in an outpatient clinic: a phase 2 randomized controlled trial	2018	Ensayo controlado aleatorio	100 sujetos
Bilgiç N y Günay T	Evaluation of the effectiveness of peer education on smoking behaviour among high school students	2018	Estudio intervencionista	338 estudiantes de 2 escuelas secundarias

Schauer GL, et cols.	Results from an Outreach Program for Health Systems Change in Tobacco cCessation	2012	Programa de divulgación	629 organizaciones de atención de salud y 3.989 profesionales de salud
Ussher MH, et cols.	Exercise intervencions for smoking cessation (Review)	2019	Revisión de Cochrane	24 ensayos (7.279 participantes)
Scott D. Halpern SD, et cols.	A Pragmatic Trial of E-cigarettes, Incentives and Drugs for smoking cessation	2018	Ensayo aleatorio y controlado	6.131 participantes, 6.006 aceptaron
Garrett BE, et cols.	Socioeconomic Differences in Cigarette Smoking Among Sociodemographic Groups	2019	Análisis de datos secundarios	188.673 adultos de 18 años o más 114.759 adultos de 25 años o más
Wang MP, et cols.	Brief advice on smoking reduction versus abrupt quitting for smokin cessation in Chinese smokers: a cluster randomized controlled trial	2017	Ensayo controlado aleatorio en grupo	1.077 fumadores
Raja M, et cols.	Effectiveness of oral health education versus nicotine replacement therapy for tobacco cessation- a parallel randomized clinical trial.	2016	Ensayo clínico	40 trabajadores de la fabrica
Callejas González FJ.	Tratamiento de la deshabituación tabáquica: análisis crítico	2012	Estudio retrospectivo, descriptivo	838 pacientes, realizado a 559
Healey A, et cols.	A cost-effectiveness analysis of Stop Smoking Interventions in Substance-Use Disorder Populations	2019	Estudio analítico	1.762 personas con trastorno por uso de sustancias
Sagtani RA, et cols.	Smoking and Quality of Life- Is there really an association? Evidence from a Negalese sample	2019	Estudio comparativo	125 fumadores actuales y nunca fumadores

Smith PH, et cols.	Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: results from the International Tobacco Control Four Country Survey	2015	Estudio de cohorte	7.825 fumadores más 1.079 fumadores (submuestra)
Marqueta A, et cols.	Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar resultados a corto y largo plazo	2017	Ensayo clínico	1302 personas, 678 hombres y 624 mujeres
Harakeh Z y van Nijnatten CHCJ	Young people smokers' reactions on peer influence not to smoke	2016	Estudio experimental	31 jóvenes fumadores (16 a 24 años)
Minian N, et cols.	Woman focused smoking cessation programming: a qualitative study	2016	Estudio cualitativo	23 mujeres
Kreuter M, et cols.	Efficacy and sustainability of a smoking prevention program for pupils--"ohnekippe"	2014	Estudio analítico	2839 alumnos
Kuntz B, et cols.	Educational differences in smoking and smoking cessation among young adults. Results from the "German Health Update" (GEDA) Study 2009 and 2010	2014	Estudio analítico	7620 personas de 18 a 29 años
Saw A, et cols.	A Community-Based "Street Team" Tobacco Cessation Intervention by and for Youth and Young Adults.	2018	Estudio analítico	144 jóvenes y jóvenes adultos fumadores
Scholten H, et cols.	A randomized controlled trial to test the effectiveness of a peer-based social mobile game intervention to reduce smoking in youth.	2019	Ensayo controlado aleatorio	144 jóvenes fumadores
van den Brand FA, et cols.	How Financial Incentives Increase Smoking Cessation: A Two-Level Path Analysis	2020	Ensayo aleatorio por grupos	604 fumadores

Stanton CA, et cols.	A Multicenter Randomized Controlled Trial of Intensive Group Tobacco Treatment in HIV-Infected Cigarette Smokers	2020	Ensayo controlado aleatorio	450 fumadores con VIH
Pothirat C, et cols.	Real-world comparative study of behavioral group therapy program vs education program implemented for smoking cessation in community-dwelling elderly smokers	2015	Ensayo de cohorte	372 asistentes, 224 seleccionados
van Rossem C, et cols.	Effectiveness of intensive practice nurse counselling versus brief general practitioner advice, both combined with varenicline, for smoking cessation: a randomized pragmatic trial in primary care.	2017	Estudio controlado aleatorio pragmático	295 fumadores
Shishani K, et cols.	Quit Happens: A community clinic-based, multitiered smoking cessation intervention.	2019	Estudio analítico	9 clínicas de un solo sistema de centros de salud
Mak YW, et cols.	Nursing Intervention Practices for Smoking Cessation: A Large Survey in Hong Kong.	2018	Estudio de encuesta transversal	4.413 enfermeras

Tabla 5. Artículos seleccionados para la deshabituación tabáquica.

A. INTERVENCIÓN GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL

En referencia a los datos de un artículo de 2013 en el que participaron 400 clientes, se determinó que el apoyo grupal consiguió las mayores tasas de abandono frente al apoyo individual (64,3% en el apoyo grupal, y 42,6 % en el apoyo individual). Por lo que concluyeron que el método de apoyo juega junto con otros factores un papel importante en el éxito de abandono. (9)

El artículo de Suárez-Varela Úbeda et cols. determina que las intervenciones grupales e individuales de múltiples componentes en la atención primaria se relacionaron con una tasa de abandono del 36,9% en el hábito del tabaco para 220 personas a los 12 meses de seguimiento. Pero con una mayor probabilidad los que recibieron apoyo grupal y los pacientes que tenían mayor educación y tratamiento farmacológico. (10)

El ensayo clínico ITACA de Leiva Rus se compone de 1.056 alumnos de 16 centros escolares. En este estudio se realizaron intervenciones complejas, que tenían más de un componente. Es decir, realizaron cuestionarios a los profesores, al alumnado y a la dirección del centro; informaron a las familias sobre el estudio y recibieron información para crear espacios sin humo y sobre la deshabituación tabáquica. También realizaron sesiones para motivar al profesorado ofreciéndoles información y una formación específica para la prevención del consumo del tabaco. Los centros escolares participantes se adhirieron a la política de “centro libre de humo”. Además, alumnos y alumnas recibieron a lo largo de tres años, 18 sesiones de 50 a 60 minutos, impartidas por el profesorado, previamente formado, aunque no se demostró su efectividad a los tres años de seguimiento. (11)

En un estudio de intervención controlado y aleatorio en grupos escolares de niños y niñas de 14 a 17 años participaron en un programa para prevenir el consumo del tabaco de cuatro horas, estructurado en cuatro módulos, impartido por alumnos de la clase que fueron formados previamente. Transcurridos 6 meses desde la intervención, determinaron que había una disminución en la intención de consumo de tabaco entre los adolescentes. (12)

En otro estudio en el que se quiso evaluar la eficacia de un programa de control del tabaco comprensivo, basado en el modelo de la OMS-5A (averiguar, asesorar, evaluar, ayudar y concretar) entre los trabajadores migrantes de China, se inscribieron 149 trabajadores en el grupo de intervención y 166 en el grupo de control. Cada 6-8 trabajadores del grupo de intervención en cada fábrica seleccionaron a un jefe de equipo que fueron formados mediante un taller impartido por los investigadores. Entrenaron a

los jefes para que pudieran ofrecer asesoramiento grupal a los miembros de su equipo, realizaran planes para dejar de fumar e hicieran un seguimiento mediante el grupo OMS-5A. En comparación con el grupo de control, los participantes en el grupo de intervención tenían casi 2,4% más probabilidades de mejorar el conocimiento relacionado con el tabaquismo. Sin embargo, no se encontró ninguna diferencia entre los dos grupos en cuanto al cambio de la tasa de fumadores. Por lo que, recomiendan un ensayo a gran escala y a largo plazo para determinar la eficacia de esta intervención. (13)

Tong et cols. realizaron un ensayo controlado aleatorio de parejas fumadoras y no fumadoras con 203 hombres fumadores, la mitad de los cuales no tenían intención de dejar de fumar dentro de 6 meses, con la mayoría de las esposas no fumadoras. Este ensayo tiene como objetivo determinar la eficacia de una intervención educativa de corta intensidad versus una intervención de intensidad moderada para conseguir una vida libre de humo para parejas. El grupo de parejas de intensidad moderada recibió 2 sesiones de grupo, un informe de laboratorio de su exposición inicial al humo y 3 llamadas de seguimiento durante 6 meses. El grupo de intensidad breve recibió una sesión grupal donde enseñaron recursos para dejar de fumar. Llegaron a la conclusión de que una intervención educativa de intensidad moderada para vivir sin humo no fue más efectiva que una intervención de intensidad breve para la abstinencia y la eliminación de la exposición de los no fumadores del hogar. Las tasas de abstinencia fueron similares a las logradas con la intervención grupal estándar. (14)

En un ensayo controlado en Tailandia donde participaron 319 personas tanto el grupo de intervención como el grupo de control recibió apoyo individual. En el grupo de intervención la enfermera era la responsable de realizar este apoyo y los pacientes del grupo de control recibieron la intervención mediante un trabajador sanitario sin especificar. Consiguiendo una tasa de abandono en el grupo de intervención del 25,62% frente al grupo de control consiguiendo un 11,32% de abandono del tabaquismo. (15)

El estudio realizado por van den Brand et cols. tiene como objetivo examinar como recibir incentivos para dejar de fumar lleva a dejar de fumar y busca investigar varios factores que influyen en esa relación. Para ello primero consigue una muestra de 604 trabajadores fumadores de 61 compañías. Después divide a estos trabajadores en dos grupos, el grupo de intervención y el de control. Ambos grupos recibirán siete sesiones semanales de 90 minutos de asesoramiento grupal para dejar de fumar. Estas sesiones tienen como objetivo aumentar la motivación para dejar de fumar, crear actitudes positivas para ello, y mejorar la autoeficacia para dejar el hábito y mantener la abstinencia. Solamente el grupo de intervención recibirá 350 euros por 12 meses de abstinencia continua. En cuanto a los resultados, al evaluar el programa para dejar de fumar en grupo encontraron que estaba asociado fuertemente con la influencia social, la autoeficacia y las actitudes. Pero esto a los autores no les sorprendió porque el programa de entrenamiento grupal incluía componentes destinados a aumentar estos

mediadores psicosociales, y este tipo de terapia conductual ha demostrado ser un método efectivo para dejar de fumar. (16)

Un ensayo controlado aleatorio comparó una intervención de terapia de grupo intensiva dirigida a fumadores infectados con VIH llamada “Positively Smoke Free” (PSF) con un consejo breve para dejar de fumar. A todos los participantes se les ofreció parches de nicotina para 12 semanas. Los 450 pacientes fueron reclutados en centros de atención del VIH y asignados al azar para el grupo de terapia grupal o para recibir un breve consejo para dejar de fumar. PSF es un programa de 8 sesiones para atender las necesidades y preocupaciones de los fumadores infectados con el VIH y lo imparte un consejero capacitado para dejar de fumar y una pareja de ex-fumadores de los centros de atención para personas con VIH. Obtuvieron unos resultados que indicaban que los sujetos que habían recibido PSF obtuvieron casi el doble de la tasa de abandono que el otro grupo a los 3 meses. Sin embargo, a los 6 meses no se observó ninguna diferencia significativa en la abstinencia. Los participantes del PSF mostraron menor dependencia de la nicotina y una mayor autoeficacia para resistir las tentaciones de fumar tanto a los 3 meses como a los 6 meses en comparación con el grupo de control. En conclusión, estos hallazgos subrayan la importancia de la terapia de grupo dentro del tratamiento para dejar de fumar en personas con VIH de esa comunidad. (17)

El estudio de Pothirat et cols. tiene como objetivo comparar la implementación de una terapia de grupo en relación con la educación individual para los fumadores de edad avanzada. De entre 372 personas que rellenaron un cuestionario, se seleccionaron 224 a las que se asignó a un grupo o a otro, dependiendo de sus preferencias: 120 sujetos en terapia de grupo y 104 en educación individual. Ambos grupos asistieron a un programa educativo que incluía una conferencia sobre las consecuencias que tiene fumar para la salud, de 2 horas de duración. Las personas que asistieron a la terapia de grupo recibieron sesiones de 3 horas durante 3 días. La primera consistía en enseñarles muestras conservadas de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, diapositivas y videoclips que mostraban los efectos adversos del tabaquismo en forma de enfermedades avanzadas. La segunda parte incluía entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, manejo de contingencias, autocontrol, intervenciones cognitivo-conductuales, refuerzo y relajación con un enfoque en el intercambio de experiencias. Los sujetos del programa grupal fueron divididos en tres grupos iguales y rotaron diariamente entre video-entrenamiento, terapia de comportamiento y socialización. En cuanto a los resultados, la tasa de abstinencia continuada del grupo de terapia al final del estudio, 12 meses de duración, fue significativamente mayor que el del grupo de educación (40,1% vs 33,3%). En las visitas a los 3 meses (57,3% vs 27%) y a los 6 meses (51,7% vs 25%) también se encontraron resultados similares. En conclusión, la terapia conductual de grupo dirigida a fumadores de la tercera edad podría lograr mejores resultados a corto y largo plazo que la educación individual. (18)

B. EDUCACIÓN SANITARIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

Valdivieso López en su tesis doctoral evalúa la eficacia de un programa de prevención del consumo de tabaco entre escolares de enseñanza secundaria obligatoria. Los participantes eran 2.245 alumnos de 29 centros educativos matriculados en 1º de la ESO durante el curso 2007-2008 que fueron evaluados durante los cuatro años que dura la ESO. El grupo de intervención, que recibió el programa de prevención, estaba compuesto por 15 instituciones. El programa consistía en recibir un taller cada trimestre durante los 3 primeros años de la ESO a través de una enfermera. El grupo de control, compuesto por 14 instituciones, realizó la intervención habitual. Este autor pudo concluir que la prevalencia de fumadores fue menor entre los alumnos que recibieron el programa de prevención tras cuatro años de evaluación. (19)

El ensayo clínico ITACA realizado por Leiva Rus evalúa el efecto de una intervención compleja para prevenir el consumo de tabaco en adolescentes. Tiene como sujetos a 1.056 alumnos de 1º de la ESO, y tras 3 años de evaluación llega a la conclusión de que esta intervención compleja basada en el modelo de resistencia a las influencias sociales y transmitida por los profesores y con material adicional dirigido a los padres, madres, profesores y al centro escolar no demostró ser efectiva. (11)

La investigación de Chipia Lobo tiene como objetivo diseñar, validar y evaluar un programa educativo sobre bebidas alcohólicas, marihuana y tabaco, dirigido a estudiantes de segundo año de la educación secundaria obligatoria, entre 12 y 14 años de edad. El programa educativo, impartido por el profesorado, fue dividido en 3 clases, en las cuales analizan el proceso de la enfermedad adictiva, las consecuencias o deterioro de las personas y las alternativas para solucionar el problema a través del fomento de valores. El programa fue aprobado y validado y demostró ser más efectivo que el programa tradicional, establecido en los libros de texto. (20)

Un estudio multifásico realizado en India tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención sanitaria “libre de tabaco” en las escuelas sobre el conocimiento y la actitud de los adolescentes sobre el humo del tabaco. La primera fase consistía en un estudio descriptivo transversal donde realizaron un muestreo aleatorio por todas las escuelas de Mangalore hasta conseguir una muestra de 1.400 niños y niñas. De este grupo se seleccionaron los que tenían 12 años y cumplían con los criterios de inclusión (escuelas que tenían aulas de primaria y secundaria en el mismo campus, aquellas escuelas que consintieron participar y estudiantes con el permiso de los padres por escrito y consentido por ellos mismos) para completar un cuestionario. De los 1.400 niños se seleccionaron 250 adolescentes que estaban expuestos al humo del tabaco y su nivel de cotinina salival era superior a 0,1ng/mL. Estos 250 niños y niñas fueron la muestra para la segunda fase, un ensayo controlado aleatorio; tanto en el grupo de

control como en el grupo de intervención había el mismo número de adolescentes, 150. (21)

Los alumnos del grupo de intervención recibieron sesiones de educación sanitaria “sin tabaco” de 40 minutos de duración, una vez a la semana durante 3 semanas impartidas por el investigador principal. En la primera sesión trataron el tema del tabaco y sus efectos adversos. En la segunda sesión hablaron sobre las leyes relativas al tabaco en la India y en el mundo, y la tercera sobre cómo prevenir la exposición al tabaco. Estos adolescentes también recibieron semanalmente folletos para llevar a casa donde se explicaba cómo conseguir que sus hogares estén libres de humo y mensajes sobre los efectos del tabaco. Se realizaron seguimientos a los tres meses, a los seis meses y al año de la intervención. Los participantes del grupo de control recibieron una única sesión de educación sanitaria convencional estándar, mientras que a quienes informaban que consumían tabaco se les dio consejo para dejar de fumar. Los autores determinaron que esta investigación ayudará a evaluar si hay cambios en los niveles de cotinina salival y los resultados de conocimiento, actitud y comportamiento después de la intervención educativa de salud, y ayudará a desarrollar un programa de intervención escolar efectivo que se podría incorporar al temario escolar. (21)

- INTERVENCIÓN CON IGUALES

En un estudio de intervención controlado y aleatorio en grupos escolares de 1º, 2º, y 3º de la ESO se quiso evaluar un programa de intervención conductual dirigido por iguales sobre el conocimiento, actitud, creencias normativas e intención de fumar. Los participantes en el programa fueron alumnos elegidos por el profesorado. Los resultados mostraron que tuvieron un efecto beneficioso en la salud pública al conseguir disminuir la intención de consumir tabaco entre los adolescentes no fumadores. (12)

El estudio intervencionista de Bilgiç y Günay de 338 estudiantes quiso evaluar la efectividad de la educación con iguales para cambiar el comportamiento de los niños en edad escolar. Para determinar quiénes serían los educadores realizaron una encuesta de dos preguntas a los alumnos. A los alumnos seleccionados se les informó sobre el propósito, cómo usar las herramientas y lo que se esperaba de ellos. Observaron que tras 6 meses de la educación con iguales surgió un cambio de comportamiento positivo de dejar de fumar entre los estudiantes fumadores; y llegaron a la conclusión que la educación con iguales era un método eficaz para el cambio de comportamiento de adolescentes fumadores. (22)

En una revisión sistemática de 10 estudios en los que agruparon a 13.706 jóvenes de entre 11 y 21 años demostraron que los sujetos que recibían intervenciones dirigidas por iguales tenían menor probabilidad de fumar que los sujetos del grupo de control. Los autores Georgie et cols. pudieron determinar que las intervenciones por iguales podían ser eficaces para prevenir el consumo de tabaco, pero se debe tener en cuenta que la base de pruebas fue limitada porque los estudios fueron de baja calidad. (23)

En el estudio experimental de Harakeh y van Nijntzen investigaron el impacto de dos tipos de influencia de los compañeros para no fumar, en las actitudes y respuestas verbalizadas de los jóvenes que fumaban diariamente. Para ello se llevaron a cabo dos pruebas. En la primera un compañero cómplice declaró tres veces que había dejado de fumar y se alegró de haberlo hecho (influencia encubierta), y en la segunda un compañero hizo declaraciones similares, pero instó a dejar de fumar (influencia abierta). Participaron 31 jóvenes fumadores diarios (16-24 años). Se analizaron 44 respuestas de influencia abierta y 34 de influencia encubierta. Los fumadores que participaron en la influencia encubierta colaboraron más a la hora de hablar sobre el tabaco; mientras que en la influencia abierta los fumadores mostraron más resistencia pasiva, es decir, no mostraron intención de seguir los consejos del cómplice. La resistencia abierta, es decir, la demostración de estar bien informado e indicar la redundancia del consejo, no difiere significativamente en estas dos condiciones, pero ocurre, para ambos, principalmente en la tercera disuasión. En conclusión, la disuasión directa y repetitiva por parte de los compañeros cómplices para los fumadores jóvenes para dejar de fumar parece ser menos efectiva que la indirecta. (24)

El estudio realizado por Kreuter et cols. tiene como finalidad probar la eficacia y sostenibilidad de un programa para la prevención primaria del tabaquismo llamado "Ohnekippe". En este programa participaron 1.427 alumnos que completaron una encuesta teniendo en cuenta su comportamiento como fumadores en el momento de la intervención y un año después. Un grupo de control (1.412 alumnos) sin intervención en las escuelas ni en grados fueron cuestionados en paralelo. En el momento de la intervención el 13,4% de los alumnos de intervención y el 15,4% de los alumnos de control eran fumadores. Un año después, el porcentaje de fumadores habituales y ocasionales había aumentado en ambos grupos sin diferencias significativas. Además de la edad y la condición de fumador inicial, "el grupo de iguales" tuvo una influencia importante en el comportamiento de los jóvenes respecto al tabaquismo. Tras realizar modificaciones en el programa, el número de jóvenes fumadores en la zona de captación de "Ohnekippe" disminuyó significativamente. En conclusión, los programas de prevención del tabaquismo para jóvenes pueden ser efectivos si se diseñan adecuadamente. Un único evento de prevención no es suficiente, es necesario realizar una preparación y un seguimiento intensivo en las escuelas, así como la participación del "grupo de iguales" también es considerada esencial para una intervención exitosa. Después de la modificación este programa muestra un éxito muy prometedor. (25)

Una organización de base comunitaria elaboró una breve intervención de divulgación mediante un equipo llamado “Equipo de calle” para promover el cese del hábito de fumar en jóvenes y adultos jóvenes. Para ello reclutó a jóvenes para animar a sus iguales a dejar de consumir. Los miembros del “Equipo de Calle” proporcionaron educación, un kit para dejar de fumar y ofrecían información sobre recursos para el cese en un total de 27 eventos comunitarios durante un periodo de cuatro años. Los consumidores de tabaco (279 personas) respondieron a la intervención aceptablemente y las conversaciones con los miembros del equipo y el suministro de kits motivaron a los consumidores a considerar el abandono del tabaco. Todos los miembros del “Equipo de Calle” respondieron positivamente a su participación. En conclusión, este enfoque de “Equipo de Calle” para jóvenes y jóvenes adultos es prometedor como un enfoque eficaz para la promoción del cese del hábito entre los consumidores, y la participación y el empoderamiento en los esfuerzos de control del tabaco entre los no consumidores. (26)

C. PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

En una revisión de Cochrane de 44 artículos donde se quería determinar la efectividad de las intervenciones de dejar de fumar impartidas por enfermeras en personas adultas se consiguieron pruebas de calidad moderada que demostraban que el apoyo conductual para motivar y mantener el abandono del tabaco realizado por enfermeras puede llevar a un modesto aumento en el número de personas que logran una abstinencia prolongada. La mayoría de estas intervenciones fueron realizadas por enfermeras especializadas en promoción de la salud y no hubo pruebas suficientes para saber si las enfermeras generales pueden lograr los mismos beneficios. (27)

Las intervenciones que la enfermera realizaba fueron aconsejar, dar instrucciones verbales, asesorar y/o proporcionar estrategias para ayudar a dejar de fumar. Estas intervenciones se categorizaron en dos tipos: “baja intensidad” y “alta intensidad”. Las intervenciones de “baja intensidad” eran aquellas donde la enfermera daba consejos (con o sin folleto) durante una única consulta que duraba 10 minutos más o menos. Clasificaron las intervenciones de “alta intensidad” cuando la enfermera en el contacto inicial estaba más de 10 minutos, utilizaba materiales adicionales (por ejemplo, manuales), estrategias o ambos, no simples folletos, y normalmente los pacientes tenían más de un contacto de seguimiento. Llegaron a la conclusión de que no había pruebas suficientes para evaluar si las intervenciones de mayor intensidad eran más efectivas que las intervenciones de menor intensidad. (27)

Un estudio cuasi experimental realizado en cinco hospitales comunitarios de Michigan comparó la eficacia de una intervención administrada por las enfermeras con la atención habitual. Determinó que teniendo en cuenta que las enfermeras representan el grupo más grande del personal que está en primera línea, potencialmente pueden alcanzar un

número muy amplio de enfermos y son capaces de disminuir el tabaquismo, la mortalidad y morbilidad entre los fumadores hospitalizados. (28)

En un ensayo controlado aleatorio donde la media de edad era de 64 años los pacientes del grupo de intervención (160 personas) recibieron un paquete de intervención que consistía en una comunicación asertiva por parte de la enfermera, quien en la primera reunión les daba una explicación clara en relación al abandono del hábito del tabaco para que el paciente intentase dejar de fumar. Esta misma enfermera tubo una comunicación sostenida con el mismo paciente durante 3 meses. También se realizaron otras actividades como elegir a un familiar para que el paciente estuviese en todo momento asistido. Sin embargo, en el grupo de control (159 personas) cada paciente tubo una charla con el trabajador sanitario del hospital, quien le aconsejo dejar de fumar por razones médicas, este profesional sanitario realizo unas cuantas visitas al paciente para tratar que dejase de fumar. Después de un año de seguimiento se llegó a la conclusión de que los pacientes que habían recibido el paquete de intervención tenían alrededor de tres veces más probabilidades de tener éxito en dejar de fumar en comparación con los pacientes que recibieron el servicio de rutina. (15)

En una tesis doctoral donde se evalúa la eficacia de un programa educativo para prevenir el consumo de tabaco entre escolares de enseñanza secundaria obligatoria las intervenciones que se realizaron estaban dentro del calendario escolar, divididas en tres bloques anuales, impartidas por dos enfermeras de atención primaria previamente formadas para ello. Estas enfermeras impartieron un taller cada trimestre durante los 3 primeros cursos de la ESO en todas las aulas donde se encontraba el grupo de intervención. Tras cuatro años de evaluación el autor determina que una intervención sanitaria introducida por profesionales de enfermería e incorporada en los calendarios escolares es eficaz para prevenir y/o retrasar el inicio del hábito tabáquico en los adolescentes de 12-15 años. (19)

En el estado de Washington experimentaron una reducción drástica en la prevalencia del tabaquismo en adultos (del 22,4% en 1999 al 14,8% en 2010) a través del esfuerzo integral para controlar el tabaquismo en el que se incluyó una educación proactiva de los profesionales de la salud y un programa de divulgación. Los resultados de los dos primeros años del programa demuestran que los profesionales de la salud, entre ellos enfermeras y enfermeros, pueden ser una fuente importante y fiable para remitir a los fumadores a los recursos para dejar de fumar. (29)

El ensayo controlado aleatorio pragmático realizado por van Rossem et cols. tiene como objetivo estudiar la eficacia del asesoramiento intensivo de una enfermera versus el asesoramiento de un médico de familia. Ambos asesoramiento fueron combinados con farmacoterapia, para la abstinencia del tabaco durante 6 meses. La muestra fue de 295

fumadores diarios de una red de centros de atención primaria de salud en los Países Bajos y fueron asignados a los grupos al azar. Las 48 personas que fueron atendidas por la enfermera consiguieron una tasa de abandono del 32,2% y los 57 pacientes atendidos por el médico una tasa de 39%. En conclusión, las personas que buscan ayuda para dejar de fumar en su centro de salud, el consejo breve y único de un médico de familia parece ser tan efectivo como varias sesiones de apoyo conductual de una enfermera del centro de salud, cuando se proporciona la medicación para dejar de fumar. (30)

El estudio de Shishani et cols. tiene como objetivo evaluar el programa para dejar de fumar “Quit Happens” diseñado para reducir el tabaquismo en poblaciones de bajos ingresos de Washington e Idaho. Para ello se implantó el programa “Quit Happens” en nueve clínicas de un solo sistema de centros de salud. Una enfermera especializada en salud pública dirigió la formación de todo el personal de la clínica y ayudó con el desarrollo del programa para dejar de fumar. El modelo 5 A (averiguar, asesorar, evaluar, ayudar y concretar) fue usado como marco para el entrenamiento. Con este programa se observaron disminuciones en los registros de los fumadores. El porcentaje de fumadores disminuyó 18,7% y el porcentaje de ex fumadores se duplicó. En conclusión, el liderazgo de una enfermera de salud pública puede ofrecer capacitación y ayudar en el desarrollo de programas sobre el cese del tabaco a una organización comunitaria local y con ello contribuir a la reducción de los índices que tabaquismo. (31)

Un estudio realizado por Mak et cols. tiene como objetivo principal es identificar los factores que alientan o desalientan a las enfermeras a participar en las prestaciones para dejar de fumar a sus clientes, sobre la base del marco de las 5 A (preguntar, aconsejar, evaluar, ayudar y organizar). Se realizó una encuesta a 4.413 enfermeras de Hong Kong y mediante el análisis de las encuestas determinaron que existe una necesidad de alentar y ofrecer a las enfermeras oportunidades para recibir formación sobre las intervenciones para dejar de fumar. Ya que las enfermeras muestran motivación para realizar intervenciones para dejar de fumar cuando sienten un mayor sentido de la misión de controlar el consumo de tabaco. También el artículo señala como importante los factores externos, como la disponibilidad de tiempo y la motivación de los fumadores para dejar de fumar. (32)

D. GRUPO DE PERSONAS FUMADORAS CON OTRA PATOLOGÍA DE BASE

En un ensayo controlado aleatorio de Tailandia para ayudar a dejar de fumar a pacientes, incluyeron en su estudio a pacientes con hipertensión, pacientes con diabetes y pacientes con ambas patologías. El grupo de intervención compuesto por 319 personas, logró una tasa de abandono del 25,62% en comparación con el grupo de control que obtuvo un 11,32%. Por lo que, los pacientes que recibieron el paquete de

intervención basada en la evidencia tuvieron alrededor de tres veces más probabilidades para conseguir dejar de fumar. (15)

En un estudio de cohorte retrospectiva realizado con pacientes con orbitopatía de Graves (GO) fumadores, recibieron consejo médico sobre la importancia de dejar de fumar en la primera consulta de oftalmología. Con esta primera consulta se logró entre 33 pacientes que el 42,42% dejara de fumar y el 30,3% lograra disminuir su consumo. Por lo tanto, un consejo fuerte y firme para dejar de fumar es efectivo en pacientes con GO. (33)

En un estudio para evaluar la eficacia de las intervenciones de “Tácticas de tabaco” administradas mediante enfermería en comparación con la atención habitual realizada, escogieron como sujetos a pacientes de cinco hospitales de Michigan que tenían una patología de base. Las patologías más comunes eran endocrinas, nutricionales y metabólicas y los trastornos inmunológicos (60,2%), enfermedades del sistema circulatorio (53,3%) y trastornos mentales (50,4%) junto con el hábito de fumar. La intervención de “tácticas de tabaco” tuvo un gran alcance entre fumadores hospitalizados y llegaron a la conclusión de que las enfermeras tienen el potencial para conseguir un amplio alcance y disminuir el tabaquismo entre los fumadores. (28)

Callejas Gonzales en su tesis realizó un estudio retrospectivo, descriptivo para valorar el éxito del tratamiento de la deshabituación tabáquica en 559 pacientes que acudieron a la unidad de deshabituación tabáquica. De este grupo de pacientes la mayoría presentaba una comorbilidad importante, destacan las personas con patología psiquiátrica (37,7% de la muestra), factores de riesgo cardiovascular (FRCV), entre ellos el más frecuente la dislipemia, seguido de la HTA y DM, y la comorbilidad respiratoria (EPOC, síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), asma y portadores crónicos de oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD)). Tras el tratamiento se determinó que los pacientes que tenían una patología de base respiratoria tenían mayor tasa de cese del hábito frente a pacientes con patología cardíaca. En cuanto a los pacientes con SAHS, estos tenían mayor posibilidad de éxito que los pacientes que no estaban diagnosticados de dicho síndrome. (34)

En un estudio de Healey et cols. se evaluó la rentabilidad del apoyo conductual prestado por profesionales capacitados de forma individual o en grupo combinado con ayuda farmacológica para dejar de fumar y compara la rentabilidad de las intervenciones que utilizan apoyo individual con las intervenciones grupales en la población en trastorno por uso de sustancias. Para valorar ambas utilizaron el coste incremental por año de vida ajustado por calidad (QALY) obtenido de las intervenciones para dejar de fumar en comparación con los métodos alternativos. Estimaron que el coste por QALY obtenido en las intervenciones que utilizaban apoyo grupal era por lo menos la mitad de los que

utilizaban el apoyo individual debido al menor coste de la intervención y por conseguir tasas de abandono mayores. (35)

En conclusión, determinaron que las intervenciones para dejar de fumar en las personas con trastorno por uso de sustancias eran rentables, pero particularmente cuando se ofrece apoyo conductual grupal junto con el tratamiento farmacológico. Los investigadores sugieren que la medicación combinada con el apoyo grupal puede ofrecer una mejor relación calidad-precio en estos pacientes en comparación con las intervenciones que solamente utilizan apoyo individual. Aunque sugieren más pruebas sobre la efectividad comparativa y el coste de las intervenciones en estos pacientes para lograr una comparación más sólida. (35)

E. ACTIVIDADES UTILIZADAS EN EDUCACIÓN SANITARIA

En una revisión Cochrane donde querían determinar la efectividad de las intervenciones basadas en el ejercicio físico, escogieron 24 ensayos en los que solamente había un programa de ejercicio o había un programa de ejercicios complementado con un programa de interrupción con el hábito de tabaco. La mayoría de los ensayos realizaban ejercicio de tipo cardiovascular en grupo, complementado con un programa de ejercicio en casa y combinado con un programa cognitivo-conductual de varias sesiones para dejar de fumar. Tras un seguimiento de al menos seis meses llegaron a la conclusión que no hay evidencia de que añadir ejercicio al apoyo para dejar de fumar mejore la abstinencia en comparación con ofrecer solamente el apoyo y consideran que las pruebas eran insuficientes para evaluar si hay un beneficio modesto. (36)

El estudio realizado por Abrantes et cols. tiene como objetivo investigar el efecto que tiene el ejercicio las semanas previas y posteriores a los intentos de dejar de fumar. Para ello reclutaron a 57 participantes, en las sesiones previas al abandono observaron disminuciones significativamente mayores de la ansiedad después de las clases de ejercicio aeróbico en grupo en relación con las sesiones de educación para la salud. Después del intento de dejar de fumar, observaron reducciones del deseo y la ansiedad después de las sesiones de aeróbico, pero no después de la educación para la salud. En conclusión, el ejercicio aeróbico en grupo puede ser efectivo para reducir la ansiedad antes del intento de fumar y para reducir tanto la ansiedad como el deseo de fumar después del intento de dejar de fumar. (37)

Un ensayo clínico realizado en la India tiene como objetivo evaluar y comparar la eficacia de la Educación para la Salud Oral (ESO) y la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) en el cese del tabaco. Para ello utilizó como sujetos a 40 trabajadores de una fábrica. Fueron asignados al azar en el grupo de ESO (20 participantes) quienes recibieron

intervenciones utilizando las 5 A se les pregunto sobre el uso del tabaco, recibieron consejo para dejar que fumar, se les evaluó la voluntad para dejar de fumar, les ayudaron a dejar de fumar mediante sesiones de 45 a 60 minutos donde se les informó de los efectos perjudiciales del tabaco en una presentación junto con un folleto diseñado para ellos, y organizaron un seguimiento con contactos para prevenir las recaídas. Todos los mensajes de motivación se repitieron cada semana de seguimiento. Administraron a los 20 pacientes que recibieron TRN chicles de nicotina para reducir la ansiedad y aliviar los síntomas causados por la nicotina. Se les realizó un seguimiento en la primera semana, la segunda semana, al de un mes y al de tres meses para evaluar la reducción de la dependencia de la nicotina. Los resultados determinaron comparando ambos grupos la TRN es mejor que la ESO. Sin embargo, determinaron que cualquier intervención dada a los consumidores de tabaco, ya sea TRN o ESO, es útil para los pacientes en proceso de dejar de fumar. (38)

El ensayo controlado aleatorio realizado por Ho et cols. tiene como objetivo comparar la eficacia de dejar de fumar inmediatamente o reducir el número de cigarrillos para lograr una mayor abstinencia entre 100 fumadores de una clínica de atención ambulatoria. Los sujetos del grupo de “dejar de fumar inmediatamente” recibieron una intervención sobre el abandono abrupto, y el grupo de “reducir para dejar de fumar” recibieron intervención sobre la reducción gradual. Se realizó un seguimiento telefónico a los 6 y 12 meses de la intervención. A los 6 meses de seguimiento el abandono del hábito de fumar fue significativamente más alto entre el grupo de abandono inmediato frente al grupo de reducción. Sin embargo, a los 12 meses esta diferencia no fue significativa. En conclusión, dejar de fumar inmediatamente podría ser más eficaz que reducir el hábito en un periodo de 6 meses, pero no a los 12 meses. Los autores justifican que deben de realizarse más estudios de este tipo para comparar la eficacia de diversos enfoques para lograr la abstinencia de fumar. (39)

En un ensayo aleatorio donde quisieron comparar la eficacia de los consejos breves sobre la reducción de cigarrillos con la de los consejos breves para dejar de fumar inmediatamente tomaron como sujetos a 1.077 fumadores varones. Los sujetos del grupo de reducción del número de cigarrillos recibieron un breve consejo y una tarjeta sobre la reducción del tabaquismo. El grupo de dejar de fumar inmediatamente recibió un breve consejo y un folleto sobre cómo dejar de fumar. Todos los participantes recibieron el breve consejo vía telefónica en intervalos de 1 semana, 1 mes o 2 meses. A los 6 meses de estas intervenciones se registraron resultados similares en cuanto a la abstinencia. Sin embargo, el grupo de reducción mostró una tasa de reducción más alta que el grupo de dejar de fumar inmediatamente. En conclusión, los consejos breves sobre reducción del hábito de tabaco o dejar de fumar inmediatamente tuvieron similares datos de abstinencia a corto plazo. Es por ello que se necesita un seguimiento a largo plazo para comprender el efecto de reducción del tabaquismo en la abstinencia. (40)

- INCENTIVOS PARA EL CESE

En un estudio pragmático de 6.006 sujetos donde se quiso conocer si los incentivos financieros, las terapias farmacológicas y los cigarrillos electrónicos promueven el abandono del tabaco; llegaron a la conclusión que los incentivos económicos añadidos a las ayudas para el cese de fumar gratuitas dieron como resultado una tasa más alta de abstinencia sostenida que las ayudas para el cese de fumar por sí solas. Entre los fumadores que recibieron la atención habitual (información y mensajes de texto) no proporcionó ningún beneficio. (41)

La revisión bibliografía realizada por Notley et cols. tiene como objetivo determinar el efecto a largo plazo de los incentivos y los programas de gestión de contingencias para dejar de fumar. Para ello han utilizado 33 estudios de población mixta, abarcando a más de 21.600 participantes. Los incentivos que recibían los participantes incluían pagos en efectivo o vales para bienes y comestibles, ofrecidos directamente o cobrados y canjeables en línea. No encontraron una dirección clara de los estudios que ofrecían incentivos bajos o altos ni los que utilizaban los autodepósitos. Sin embargo, hay pruebas de alta certeza de que los incentivos mejoran la tasa de abandono del hábito de fumar en la abstinencia a largo plazo en los estudios de la población mixta. Parece que después de la retirada de estos incentivos su eficacia se mantiene. Estos autores también dicen que las investigaciones actuales y futuras podrían estudiar con más precisión la diferencia entre los incentivos en efectivo bajos o altos y los autodepósitos. (42)

Un estudio examina cómo el hecho de recibir incentivos financieros para dejar de fumar lleva a abandonar el hábito e investiga varios factores de esa relación. Para este estudio consiguieron una muestra de 604 empleados fumadores que completaron una encuesta y se les realizó un seguimiento. El siguiente paso fue realizar un análisis secundario de un ensayo aleatorio por grupos en el que los empleados recibieron asesoramiento grupal para dejar de fumar en el lugar del trabajo. El grupo de control solamente recibió 7 sesiones de entrenamiento grupal y el grupo de intervención además del entrenamiento grupal recibió incentivos financieros de 350 euros por 12 meses de abstinencia continua de fumar. Obtuvieron resultados que indicaban que los incentivos financieros tenían un efecto en el éxito de dejar de fumar que fue mediado por una mayor autoeficacia. Los incentivos financieros también se asociaron con un mayor uso de la medicación para dejar de fumar. En conclusión, los resultados sugieren que los incentivos financieros se pueden utilizar para aumentar el uso de la medicación y la autoeficacia para dejar de fumar, y ofrecen una forma indirecta de aumentar el éxito en el abandono del tabaco. (16)

- USO DE LA TECNOLOGÍA

Existen estudios muy recientes sobre un campo muy novedoso que es la tecnología. Estos estudios van a permitir obtener información muy valiosa sobre esta nueva herramienta, pero al ser un tema reciente hay publicaciones de estudios sin resultados, como es el protocolo de estudio de un ensayo aleatorio de grupos paralelos abiertos creado por Jodár-Sánchez et cols. Este protocolo tiene como objetivo analizar la eficacia y eficiencia de la terapia psicofarmacológica habitual junto con una aplicación social-local-móvil (grupo de intervención) aplicada al proceso del abandono del tabaco en comparación con la terapia psicofarmacológica habitual sola (grupo de control). Los 240 sujetos del estudio eran fumadores adultos de ambos sexos. La intervención social-local-móvil está basada en las tecnologías móviles y tiene capacidad para desencadenar cambios de comportamiento. Esta aplicación proporciona mensajes motivacionales personalizados, monitoriza la actividad física, aconseja sobre el estilo de vida y tiene distracciones (minijuegos) para ayudar a superar los antojos. La terapia farmacológica habitual consiste en dos fármacos: bupropión o vareniclina. El análisis de este estudio todavía está en marcha, pero con este estudio pretenden explicar el papel potencial de las tecnologías cuando se usan como ayuda extra para dejar de fumar. (43)

Scholten et cols. realizaron un ensayo controlado aleatorio de dos grupos de jóvenes fumadores para valorar el juego de móvil de intervención HitnRun. Los 144 jóvenes fueron asignados al azar a jugar al HitnRun o a leer un folleto psicoeducativo. Directamente después del periodo de intervención y después de un seguimiento de tres meses, evaluaron el comportamiento de fumar semanal, las tasas de abstinencia, la dosis de intervención y los factores relacionados con los compañeros y el compromiso. Los resultados indicaron reducciones similares en los niveles semanales de tabaquismo y tasas de abstinencia similares para ambos grupos. Sin embargo, encontraron un efecto de la dosis solo en el grupo que jugaba a HitnRun: cuanto más tiempo jugaban al juego más bajos eran sus niveles semanales de fumadores. En el grupo del folleto, una dosis más alta estaba relacionada con mayores niveles semanales de fumadores en todos los momentos de medición. (44)

F. GRUPOS SOCIALES Y NIVEL EDUCATIVO

Según un estudio cuasiexperimental en el que participaron 220 fumadores, tienen mayor probabilidad de éxito de abandono del hábito de fumar las personas con mayor educación, quienes participaron en intervenciones grupales y quienes tuvieron tratamiento farmacológico (10).

En referencia a la diferencia de clases la tesis doctoral de Valdivieso López relata que el riesgo de ser fumador en el primer curso de la ESO aumenta con estos factores: pertenecer a clases sociales bajas, ser población inmigrante, tener más edad y ser del sexo masculino. (19)

El estudio realizado por Deepti et cols. tiene como objetivo evaluar la relación entre el sexo, la zona de residencia, factores sociodemográficos, la educación del padre y nivel de vida y la probabilidad de consumo de tabaco en la adolescencia. Para ello reclutaron un grupo de 1.386 adolescentes de tres posiciones socioeconómicas diferentes en Nueva Delhi. El 13% de los adolescentes era consumidor de tabaco. En relación al sexo las niñas tenían 40% menos probabilidades de consumir que los niños. En cuanto a las clases socioeconómicas, los habitantes de las colonias en reasentamiento (comunidades desplazados por conflictos) tenían el doble de probabilidad de consumo que los residentes de clase media/alta. Los adolescentes cuyos padres fueron educados hasta el nivel primario o secundario tenían casi el doble de probabilidades de haber consumido tabaco que los que tenían padres educados hasta la graduación o más. Teniendo en cuenta estos datos se puede concluir que hay una asociación significativa en términos de área de residencia, educación del padre y nivel de vida con el consumo de tabaco. (45)

En un estudio de análisis de datos secundarios se examinó las variaciones del consumo de tabaco según los factores socioeconómicos (educación y situación de pobreza) en relación con las características sociodemográficas de la población (edad, raza/etnia, región y sexo). Este estudio obtuvo los datos de una muestra representativa de una encuesta de personas estadounidenses. Los datos de esta encuesta muestran que los adultos de EE.UU. con baja situación socioeconómica tienen generalmente una prevalencia más alta de fumar, independientemente del sexo. Las únicas excepciones eran que las mujeres asiáticas e hispanas con bajo nivel educativo, ya que no presentaban una prevalencia alta del consumo de tabaco, y en cuanto a los hombres hispanos y las mujeres asiáticas, no se encuentra relación entre la situación de pobreza y el consumo de tabaco. (46)

En un estudio comparativo donde quisieron evaluar la asociación del hábito de fumar con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) escogieron a 125 personas fumadoras y no fumadoras. A estos sujetos les tomaron datos de sus características sociodemográficas, su historial de consumo de tabaco y su CVRS mediante un cuestionario. Los resultados mostraron que las características sociodemográficas como el género masculino y el hecho de alcanzar más que la educación secundaria superior eran predictores de mejores resultados de CVRS. (47)

Un estudio cuyo objetivo era examinar cómo las diferencias educativas en el comportamiento de los fumadores continúan en la edad joven adulta reclutó a 7.620 personas de entre 18 a 29 años. Estos jóvenes adultos participaron en la encuesta telefónica representativa a nivel nacional "Actualización de la salud en Alemania que media su comportamiento mediante varias preguntas sobre la frecuencia e intensidad del tabaquismo. La situación educativa se evaluó mediante el certificado de fin de estudios más alto, y se clasificó en baja (sin certificado de fin de estudios), media (Certificado General de Educación Secundaria) y alta (calificación general para ingresar en la universidad o en una escuela técnica superior). En cuanto a los resultados, la prevalencia del tabaquismo actual aumentó con la disminución del nivel educativo. Las probabilidades de dejar de fumar fueron 3,72 veces más altas en los hombres de menor nivel educativo y 3,00 veces más altas en las mujeres de menor nivel educativo. Además, la alta intensidad de consumo se asoció con un nivel menor de educación en hombres y mujeres. Las probabilidades de dejar de fumar con éxito se redujeron significativamente en el grupo de menor nivel educativo en comparación con el mayor nivel educativo. En conclusión, estos hallazgos sugieren que los adultos jóvenes con baja educación tienen más probabilidades de empezar a fumar y menos probabilidad de dejarlo que sus iguales con mayor educación. (48)

G. GÉNERO

Un estudio realizado por Callejas González entre sus objetivos tiene el evaluar el tratamiento de la deshabituación del tabaco según el sexo, comorbilidades y tratamientos utilizados. Enfocando en la variable del sexo, observaron que la edad de las mujeres que acudían a la consulta era menor que la de los hombres (44,12 versus 47,95 años) y que los hombres de esta muestra de 559 personas iniciaron antes el hábito que las mujeres, casi un año y medio antes. Observaron que el número de hombres con ECV, dislipemias, hipertensión y diabetes mellitus era mayor que las mujeres con las mismas patologías, y la comorbilidad psiquiátrica era un 50% mayor en mujeres que hombres. Con relación al número de cigarrillos fumados, las mujeres fumaban menos de 20 cigarrillos en comparación con los hombres que su consumo era superior a 21 cigarrillos. En referencia al tratamiento farmacológico, tanto hombres como mujeres que no recibían este tratamiento tenían mayor probabilidad de no tener éxito que de tenerlo, y el tratamiento con VRN y TSN supuso mayor probabilidad de éxito en los hombres que en las mujeres. Los varones, en cuanto a la dependencia, tenían menor dependencia física que las mujeres, una motivación más elevada y una cooximetría superior. En cuanto a las tasas de abstinencia continua a los 3, 6 y 9 meses estas fueron superiores en varones que en mujeres. (34)

El estudio de cohorte de Smith et cols. tiene como objetivo examinar las diferencias de género en la incidencia de los intentos de dejar de fumar, las razones para dejarlo, el uso de medicación para ello, las razones para dejar de utilizar medicación y las tasas de abandono del hábito de fumar. Con una muestra de 8.904 fumadores y los datos de

las Encuestas Internacionales de Control del Tabaco en Cuatro Países (ITC-4) en los resultados no hubo diferencias de género en la probabilidad de deseo de dejar de fumar, planes de dejar de fumar o intentos de dejar de fumar. Entre los que intentaron dejar el hábito las mujeres tuvieron un 31% menos de probabilidad de dejarlo con éxito. En cuanto al uso de medicamentos, el éxito de dejar de fumar fue menor en las mujeres que no usaron ninguna medicación, y no hubo diferencias en cuanto a los hombres cuando usaron medicamentos. En particular, el uso autoseleccionado de parches de nicotina y vareniclina contribuyó a que las mujeres dejaran de fumar con éxito. En conclusión, las mujeres pueden tener más dificultades para dejar de fumar que los hombres, y el uso de medicación puede ayudar a atenuar esta diferencia. (49)

El estudio cuyo objetivo era analizar las diferencias entre hombres y mujeres al dejar de fumar a corto y largo plazo (> 1 año) con un programa de tratamiento realizó una encuesta telefónica a los pacientes que acudieron a una unidad de tabaquismo. Se encuestó telefónicamente a los pacientes que lograron mantener su abstinencia 3 meses para determinar su abstinencia a largo plazo; validada mediante cooximetría. En los resultados que obtuvieron vieron que los hombres tenían una media de edad superior a las mujeres y que los hombres consumían mayor cantidad de cigarrillos y habían sido fumadores durante más tiempo. En cuanto a las enfermedades de estos individuos, era más probable que los hombres tuvieran factores de riesgo de ECV (hipertensión arterial, colesterol y diabetes). Por lo contrario, era más probable que las mujeres tuvieran trastornos psiquiátricos (ansiedad y/o depresión) que necesitaban tratamiento farmacológico. La tasa de abstinencia a los 3 meses de tratamiento no varió según el sexo, pero el porcentaje de los que mantuvieron la abstinencia era más elevado en los hombres que en las mujeres. En cuanto a la tasa de abstinencia a largo plazo en los datos tampoco encontraron diferencias significativas según el sexo. En conclusión, no hubo diferencias de sexo en el éxito a corto plazo y a largo plazo del tratamiento para la deshabituación tabáquica, pero sí que encontraron diferencias por sexo en las variables sociodemográficas y de comorbilidad anteriormente mencionadas. (50)

El estudio cualitativo de Minian et cols. tiene como objetivo detectar las necesidades y preferencias de tratamiento y estructura del programa para dejar de fumar entre 23 mujeres clientas de una clínica especializada para dejar de fumar. Realizaron este estudio a causa de que los resultados obtenidos en varios estudios de programas de dejar de fumar en entornos clínicos fueron más pobres para las mujeres que para los hombres. Para recabar información formaron cuatro grupos de discusión entre clientas actuales y anteriores inscritas a un tratamiento ambulatorio para dejar el hábito, y se diseñaron preguntas para examinar que aspectos de los servicios eran útiles y que cambios les gustaría ver. En conclusión, un programa ideal para las mujeres es aquel que incluye un enfoque centrado en la mujer con suficiente variedad y posibilidad de elección, farmacoterapia gratuita, apoyo sin prejuicios (individualmente por los profesionales de salud o por los iguales en grupos de apoyo), servicios accesibles y comunicación clara para las opciones y cambios del programa. (51)

2.3. DISCUSIÓN

Muchos autores están de acuerdo en que las tasas de abstinencia son menores con una intervención grupal que con una individual. Por ejemplo, en el artículo de Suárez-Varela et cols., comparando las intervenciones grupales e individuales determinaron que hay mayor probabilidad de dejar el hábito de fumar si los pacientes reciben intervenciones grupales.

En cuanto a la educación sanitaria impartida a los adolescentes y jóvenes, la mayoría de los programas de prevención ha logrado disminuir la prevalencia de los fumadores, pero mediante algunos programas no se han conseguido datos tan buenos, como en el ensayo clínico de ITACA realizado por Leiva Rus por lo que sería interesante ver qué diferencia tenía este programa frente a los otros para tenerlo en cuenta en la realización de nuevos programas.

También es muy interesante ver los buenos resultados conseguidos en todas las intervenciones realizadas con iguales. Además, se ha demostrado que esta técnica es efectiva entre personas adultas, como en el estudio de Chai que observó más probabilidades de mejorar el conocimiento sobre el tabaquismo entre el grupo de intervención con iguales frente al otro grupo.

En todos los estudios en los que ha trabajado personal de enfermería con adolescentes y personas fumadoras, las personas que han dejado de fumar han tenido una abstinencia más larga y han tenido mayor probabilidad de éxito en cuanto a dejar el tabaquismo. Asimismo, se ha conseguido disminuir el tabaquismo, la mortalidad y morbilidad entre las personas fumadoras hospitalizadas. Pero para conseguirlo es necesaria una adecuada formación para el personal de enfermería. Tal y como dice el estudio de Mak et cols., es muy importante que la enfermera sienta que el tabaquismo es un factor contra el que pueden realizar actividades tanto de prevención como de cese con una previa formación adecuada. Aquí se abre otra posible rama de estudio.

En cuanto a las actividades realizadas en la educación sanitaria, los incentivos tanto financieros como de bienes, se consideran efectivos para el cese del hábito dado que han logrado aumentar la tasa de abstinencia. Sería necesario realizar más investigaciones para valorar la sostenibilidad de estas intervenciones.

También son necesarias más investigaciones para conseguir información consolidada y contrastada y poder así llegar a una conclusión clara sobre la utilización del ejercicio

físico como actividad complementaria para dejar de fumar y sobre el modo de dejar el hábito, reduciéndolo o suspendiéndolo de golpe.

Otro campo muy novedoso es la aplicación de la tecnología, por ejemplo, las aplicaciones para teléfono móvil. Se están llevando a cabo investigaciones muy prometedoras que permitirán obtener información muy valiosa.

Las personas que tienen un nivel educativo más alto tienen mayor probabilidad de éxito en el abandono del tabaco, es decir, las personas o familias con un nivel de educación bajo tienen casi el doble de posibilidades de fumar. También influye el lugar de residencia, tal como dice el estudio de Deepti et cols., los habitantes de colonias de reasentamiento en India tienen el doble de probabilidades de consumo de tabaco que los residentes de clase media/alta del país. Me llama la atención la relación entre pobreza y consumo más elevado de tabaco.

En referencia a las diferencias de género en la deshabituación tabáquica, cabe destacar que los hombres que acuden a estos programas tienen más factores de riesgo cardiovasculares que las mujeres, sin embargo, estas tienen mayor prevalencia de tener enfermedades psiquiátricas que los hombres. Por otro lado, los hombres en general muestran menor dependencia física que las mujeres, y las mujeres pueden presentar más dificultades para dejar el hábito. Me parece un dato curioso que se repite en los artículos de Callejas González y Marqueta y en el modelo propuesto por López et cols., que los hombres tienen un consumo mayor del número de cigarrillos que las mujeres.

3. CONCLUSIONES

1. La mejor manera de dejar de fumar es realizando una intervención grupal dirigida por un profesional de enfermería.
2. El apoyo grupal frente al individual ha determinado ser mejor para el abandono del hábito del tabaco.
3. Entre las intervenciones realizadas con los adolescentes, las realizadas en el aula en formato grupal y la intervención con iguales han mostrado ser efectivas para disminuir la intención de consumir de los no fumadores y para disminuir el consumo entre los fumadores.
4. La enfermera ha demostrado ser una persona clave para mantener la abstinencia y disminuir el tabaquismo en pacientes fumadores hospitalizados.
5. Las personas con una patología de base junto con el hábito de fumar tienen mayor motivación para dejar de fumar que las personas fumadoras que no tienen patología de base.
6. Los incentivos tanto financieros como de bienes han demostrado que aumentan la tasa de abstinencia.
7. En cuanto al modo de dejar de fumar y el ejercicio como medida para ayudar a dejar de fumar, son necesarias más estudios para llegar a una conclusión clara.
8. La tecnología es una rama futura muy prometedora para ayudar a dejar de fumar.
9. En los sujetos jóvenes, existe mayor prevalencia de consumo de tabaco en el sexo masculino.

10. Las personas con un más alto nivel educativo tienen más probabilidades de tener éxito en el cese del hábito. Además, las personas con nivel económico bajo tienen mayor prevalencia de fumar.
11. Existen diferencias de género en la deshabituación tabáquica.

4. INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo de Alan López et cols. Elaboración propia.	8
Tabla 2. Estrategia de búsqueda.	17
Tabla 3. Estrategia de búsqueda.	19
Tabla 4. Estrategia de búsqueda.	20
Tabla 5. Artículos seleccionados para la deshabituación tabáquica.	27

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Feinaub I, Social S, Feinaub G De, Barcelona U De. Universitat de Barcelona. 2014;1–2.
2. Sureda Llull F. Impacto de las leyes de medidas sanitarias de control del tabaquismo: cambios en la exposición al humo ambiental del tabaco, en el consumo de tabaco y creencias de la población. 2014;28(1):20–4. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/293373>
3. Control EL, Tabaquismo DEL, España EN, Actual S. COLABORACIÓN ESPECIAL Introducción Epidemiología y tendencias en perspectiva internacional. 2019;93.
4. Martínez C, Baena A, Castellano Y, Fu M, Margalef M, Tigova O, et al. Prevalence and determinants of tobacco, e-cigarettes, and cannabis use among nursing students: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2019;74:61–68. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.018>
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/26-07-2019-who-launches-new-report-on-the-global-tobacco-epidemic> [consultado 9/05/2020]
6. Clavijo Chamorro MZ. Educación sanitaria Enfermera. Memorias. Congreso Médico Peninsular. 2011. 52–55 p.
7. Cobacho Tornel MB, López Nicolás A, Ramos Parreño JM. Mortality cost of smoking in Spain. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2010;84(3):271–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20661526>
8. Pinilla J. El precio del tabaco y la política tributaria. *Dendra médica Rev Humanidades* [Internet]. 2015;14(2):218–27. Available from: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/56930/1/El_precio_del_tabaco.pdf
9. Mardle T, Merrett S, Wright J, Percival F, Lockhart I. Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England. 2012;
10. Suárez-Varela Úbeda JF, Rodríguez-Vázquez S, Ordóñez Barranco JA, Vega Caldera G, Pérez Álvarez PP, Buitrago F. Effectiveness of individual and group multicomponent interventions for smoking cessation in primary care: a quasi-experimental study. *Fam Pract* [Internet]. 2019 Feb 17;36(5):627–33. Available from: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz005>
11. Leiva Rus A. Evaluación del efecto de una intervención compleja Pa para prevenir el consumo de tabaco en adolescentes Ensayo clínico ITACA. 2015;
12. Ghaleiha A, Rahn timer R. Effectiveness of a Peer - Led Behavioral Intervention Program on Tobacco Use - Related Knowledge , Attitude , Normative Beliefs , and Intention to Smoke among Adolescents at Iranian Public High Schools. 2019;1–7.
13. Chai W, Zou G, Shi J, Chen W, Gong X, Wei X, et al. Evaluation of the effectiveness of a WHO-5A model based comprehensive tobacco control program among migrant workers in Guangdong, China: A pilot study. *BMC Public Health*.

- 2018;18(1):1–12.
14. Tong EK, Saw A, Fung LC, Li CS, Liu Y, Tsoh JY. Impact of a smoke-free–living educational intervention for smokers and household nonsmokers: A randomized trial of Chinese American pairs. *Cancer*. 2018;124:1590–8.
 15. Aung MN, Yuasa M, Moolphate S, Lorga T, Yokokawa H, Fukuda H, et al. Effectiveness of a new multi-component smoking cessation service package for patients with hypertension and diabetes in northern Thailand: a randomized controlled trial (ESCAPE study). 2019;2:1–10.
 16. van den Brand FA, Candel MJJM, Nagelhout GE, Winkens B, van Schayck CP. How Financial Incentives Increase Smoking Cessation: A Two-Level Path Analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;(3):1–8.
 17. Stanton CA, Kumar PN, Moadel AB, Cunningham CO, Schechter CB, Kim RS, et al. A Multicenter Randomized Controlled Trial of Intensive Group Therapy for Tobacco Treatment in HIV-Infected Cigarette Smokers. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2020;83(4). Available from: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2020/04010/A_Multicenter_Randomized_Controlled_Trial_of.12.aspx
 18. Pothirat C, Phetsuk N, Liwsrisakun C, Deesomchok A. Real-world comparative study of behavioral group therapy program vs education program implemented for smoking cessation in community-dwelling elderly smokers. *Clin Interv Aging*. 2015;10:725–31.
 19. Valdivieso López E. Eficacia de un programa de prevención del consumo de tabaco entre escolares de enseñanza secundaria obligatoria. 2014;
 20. Chipia Lobo JF. Diseño, validación y evaluación de un programa educativo sobre bebidas alcohólicas, tabaco y marihuana. *J Chem Inf Model*. 2017;53(9):1689–99.
 21. Rao A, Unnikrishnan B, Mithra P, Nandini M, Shenoy R, Rungta N. Effectiveness of a school-based “tobacco free” intervention on adolescents’ knowledge and exposure to second hand tobacco smoke - A multiphase study. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2019;20(12):3533–7.
 22. Bilgiç N, Günay T. Evaluation of effectiveness of peer education on smoking behavior among high school students. *Saudi Med J*. 2018;39(1):74–80.
 23. Macarthur GJ, Sean H, Deborah M. C, Matthew H, Rona C. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016;111(3):391–407.
 24. Harakeh Z, van Nijmegen CHCJ. Young People Smokers’ Reactions on Peer Influence Not to Smoke. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2016;51(13):1693–700. Available from: <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1191517>
 25. Kreuter M, Bauer CM, Ehmann M, Kappes J, Drings P, Herth FJF. [Efficacy and sustainability of a smoking prevention program for pupils--"ohnekippe"]. *Dtsch Med Wochenschr* [Internet]. 2014;139(27):1403—1408. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370129>
 26. Saw A, Steltenpohl CN, Bankston-Lee K, Tong EK. A Community-Based “Street

- Team" Tobacco Cessation Intervention by and for Youth and Young Adults. *J Community Health*. 2018;43(2):383–90.
27. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(12).
 28. Duffy SA, Ronis DL, Ewing LA, Waltje AH, Hall S V, Thomas PL, et al. Implementation of the Tobacco Tactics intervention versus usual care in Trinity Health community hospitals. *Implement Sci [Internet]*. 2016;1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0511-6>
 29. Schauer GL, Thompson JR, Zbikowski SM. Results From an Outreach Program for Health Systems Change in Tobacco Cessation. *Health Promot Pract*. 2012;13(5):657–65.
 30. van Rossem C, Spigt M, Viechtbauer W, Lucas AEM, van Schayck OCP, Kotz D. Effectiveness of intensive practice nurse counselling versus brief general practitioner advice, both combined with varenicline, for smoking cessation: a randomized pragmatic trial in primary care. *Addiction*. 2017 Dec;112(12):2237–47.
 31. Shishani K, Graves JM, McGowan P, Lockwood W, Nystrom M, Barbosa-Leiker C. Quit Happens: A community clinic-based, multitiered smoking cessation intervention. *Public Health Nurs*. 2019 Nov;36(6):813–8.
 32. Mak YW, Loke AY, Wong FKY. Nursing intervention practices for smoking cessation: A large survey in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(5).
 33. de-Arriba-Palomero P, Sales-Sanz M, Fuentemilla E, Won-Kim HR, de-Arriba-Palomero F, Muñoz-Negrete FJ. Effectiveness of oral counselling for smoke cessation in Graves orbitopathy patients. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2019 Jul;94(7):323–30.
 34. Callejas FJ. Tratamiento de la deshabituación tabáquica. análisis crítico. 2012; Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/12639/61067_Callejas_Gonzalez_Francisco_Javier.pdf?sequence=1
 35. Healey A, Roberts S, Sevdalis N, Goulding L, Wilson S, Shaw K, et al. A Cost-Effectiveness Analysis of Stop Smoking Interventions in Substance-Use Disorder Populations. *Nicotine Tob Res [Internet]*. 2018 May 4;21(5):623–30. Available from: <https://doi.org/10.1093/ntr/nty087>
 36. Ussher MH, Faulkner GEJ, Angus K, Hartmann-Boyce J, Taylor AH. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(10).
 37. Abrantes AM, Farris SG, Minami H, Strong DR, Riebe D, Brown RA. Acute effects of aerobic exercise on affect and smoking craving in the weeks before and after a cessation attempt. *Nicotine Tob Res*. 2018;20(5):575–82.
 38. Raja M, Saha S, Krishna-Reddy V, Mohd S, Narang R, Sood P. Effectiveness of oral health education versus nicotine replacement therapy for tobacco cessation - a parallel randomized clinical trial. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(1):e64–70.

39. Ho KY, Li WHC, Wang MP, Chan SSC, Lam TH. Comparison of two approaches in achieving smoking abstinence among patients in an outpatient clinic: a phase 2 randomized controlled trial. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2018;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.18332/tid/84434>
40. Wang MP, Li WH, Cheung YT, Lam OB, Wu Y, Kwong AC, et al. Brief Advice on Smoking Reduction Versus Abrupt Quitting for Smoking Cessation in Chinese Smokers: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2017 Feb 9;20(1):67–72. Available from: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx026>
41. Halpern SD, Harhay MO, Saulsgive K, Brophy C, Troxel AB, Volp KG. A pragmatic trial of e-cigarettes, incentives, and drugs for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2018;378(24):2302–10.
42. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(7).
43. Jódar-Sánchez F, Carrasco Hernández L, Núñez-Benjumea FJ, Mesa González MA, Moreno Conde J, Parra Calderón CL, et al. Using the Social-Local-Mobile App for Smoking Cessation in the SmokeFreeBrain Project: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2018;7(12):e12464.
44. Scholten H, Luijten M, Granic I. A randomized controlled trial to test the effectiveness of a peer-based social mobile game intervention to reduce smoking in youth. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2019/10/14. 2019;31(5):1923–43. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/randomized-controlled-trial-to-test-the-effectiveness-of-a-peerbased-social-mobile-game-intervention-to-reduce-smoking-in-youth/F2858B52578380DEFB06BBF532540BAC>
45. Nagrath D, Mathur MR, Gupta R, Zodpey SP. Socio-demographic and socioeconomic differences in tobacco use prevalence among Indian youth. *Prev Med Reports*. 2019;14(February):21–4.
46. Garrett BE, Martell BN, Caraballo RS, King BA. Socioeconomic differences in cigarette smoking among sociodemographic groups. *Prev Chronic Dis*. 2019;16(6):1–6.
47. Sagtani RA, Thapa S, Sagtani A. Smoking and quality of life-Is there really an association? Evidence from a Nepalese sample. *PLoS One*. 2019;14(9):1–9.
48. Kuntz B, Hoebel J, Lampert T. [Educational differences in smoking and smoking cessation among young adults. Results from the “German Health Update” (GEDA) Study 2009 and 2010]. *Gesundheitswesen* [Internet]. 2014;76(10):647—654. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1364017>
49. Smith PH, Kasza KA, Hyland A, Fong GT, Borland R, Brady K, et al. Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: Results from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2014;17(4):463–72.
50. Marqueta A, Nerín I, Gargallo P, Beamonte A. Gender differences in success at quitting smoking: Short- and long-term outcomes. *Adicciones*. 2017;29(1):13–21.
51. Minian N, Penner J, Voci S, Selby P. Woman focused smoking cessation programming: A qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2016;16(1):1–

8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-016-0298-2>